

**PENERAPAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
DI PUSKESMAS SAMATA DAN PUSKESMAS
BONTOLEMPANGAN KABUPATEN GOWA
TAHUN 2013**

*Implementation of Maternal and Child Health Program at the
Samata Health Center and Bontolempangan Health Center
Gowa in 2013*

PRATIWI ASIKIN



PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

**PENERAPAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
DI PUSKESMAS SAMATA DAN PUSKESMAS
BONTOLEMPANGAN KABUPATEN GOWA
TAHUN 2013**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

PRATIWI ASIKIN

kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

TESIS**PENERAPAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK DI PUSKESMAS
SAMATA DAN PUSKESMAS BONTOLEMPANGAN KABUPATEN GOWA
TAHUN 2013**

Disusun dan diajukan oleh :

PRATIWI ASIKIN

Nomor Pokok P1802211011

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 27 Mei 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASIHAT,

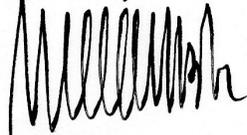


Dr. Darmawansyah, SE., MS
Ketua



Dr. dr. Hj. Syamsiar S. Russeng, MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Pratiwi Asikin
Nomor Pokok : P1802211011
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2013

Yang menyatakan

Pratiwi Asikin

PRAKATA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah Rabbil Alamin, di bawah naungan keagungan-Mu, tiada kata paling indah seraya bersujud selain mengucap syukur yang dalam atas limpahan rahmat dan hidayah-Mu yang telah Engkau berikan kepada hamba hingga dapat merampungkan tesis ini sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di Pascasarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Teriring salam dan shalawat selalu tercurah kepada teladan dan junjungan kita Rasulullah Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat, dan orang-orang yang senantiasa istiqamah mengikuti jalan dakwahnya hingga akhir zaman.

Berbagai hambatan penulis rasakan baik pada saat penelitian maupun pada saat penyusunan tesis ini, namun berkat bantuan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Karena itu perkenankan penulis dengan tulus menyampaikan rasa terima kasih yang dalam dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Dr. Darmawansyah, SE, MS** selaku ketua komisi penasihat dan Ibu **Dr. dr. Hj. Syamsiar S. Russeng, MS** selaku anggota komisi penasihat yang tak pernah lelah meluangkan waktu di sela-sela kesibukannya dan dengan penuh kesabaran memberikan arahan,

masukan, motivasi dan dukungan moril sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada Ibu **Prof. Dr. Dra. Hj. Asiah Hamzah, M.A.**, Bapak **Prof. Dr. H. Indar, SH, M.PH** dan Bapak **Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS** atas kesediannya menjadi penguji yang telah banyak memberikan arahan dan masukan yang berharga.

Rasa terima kasih penulis sampaikan pula kepada :

1. **Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc** selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan petunjuk dan arahan kepada penulis selama masa pendidikan.
2. **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta stafnya yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
3. **Prof. Dr. Ir. H. Mursalim** selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dalam waktu yang telah ditentukan.
4. **Prof. Dr. dr. Idrus Paturusi, Sp.B,** selaku Rektor Universitas Hasanuddin beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa beserta stafnya yang telah memberikan bantuan informasi dan data awal cakupan program KIA.
6. Kepala Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan beserta stafnya yang telah banyak memberikan bantuan dan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa S2 AKK Reguler 2011, terima kasih atas kebersamaannya, kekompakannya, bantuan, serta motivasi yang diberikan, tercipta mulai awal kuliah hingga akhir, memberi warna dalam kehidupan penulis yang akan dikenang selamanya.
8. **Muh. Arief Fatwa, SE** yang telah memberikan doa, dukungan, semangat dan bantuan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan kuliah dengan baik.
9. **Khaerani Ernianti, S.KM, M.Kes, Dina Mariana, S.KM, M.Kes dan Sri Wahyuni, S.KM, Haerunnisa, ST, Isyauri Hakim, ST, dan Auliyaa Wahyuni, S.Farm, Apt** yang turut memberikan doa, motivasi dan bantuan kepada penulis baik sumbangan pemikiran maupun tenaga dalam penyelesaian tesis ini, yang selalu ada dan siap membantu kapan pun hal itu diperlukan.
10. **Rasyika Nurul Fadriah, S.KM, M.Kes** yang turut berkontribusi dalam penyelesaian tesis ini.
11. Serta semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan namanya yang telah banyak membantu penulis selama ini.

Akhirnya sembah sujud dan terima kasih yang teristimewa kupersembahkan kepada Ayahanda **H. Asikin** dan Ibunda **Hj. St. Napisah** yang dengan penuh kasih sayang membesarkan dan mendidik penulis dengan pengorbanan yang tak ternilai harganya, orang tua sekaligus guru dan motivator terbaik yang telah mengajarkan arti kehidupan yang sesungguhnya kepada penulis. Perjuangan belum berakhir, karena perjuangan yang sesungguhnya baru saja akan dimulai.

Penulis sangat menyadari bahwa apa yang penulis paparkan dalam tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis berharap agar tesis ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang memerlukannya. Akhir kata, semoga segala bantuan, dukungan dan doa yang diberikan kepada penulis dibalas oleh-Nya dengan pahala yang berlipat ganda. *Amin Yaa Rabbal Alamin.*

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, Mei 2013

Penulis

ABSTRAK

PRATIWI ASIKIN. *Penerapan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa Tahun 2013* (dibimbing oleh Darmawansyah dan Syamsiar S. Russeng).

Penelitian ini bertujuan menganalisis penerapan program kesehatan ibu dan anak (KIA) di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan, Kabupaten Gowa, tahun 2013.

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan, Kabupaten Gowa. Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif. Informan terdiri atas empat orang, yaitu kepala Puskesmas dan penanggung jawab program KIA di kedua puskesmas tersebut. Teknik pengumpulan data menggunakan teknik triangulasi, yang meliputi wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program KIA mengacu kepada kebijakan dari pusat di kedua Puskesmas berdasarkan target SPM. Distribusi sumber daya manusia dan sarana-prasarana di kedua puskesmas tersebut belum memadai. Alokasi dana di kedua puskesmas berasal dari dana BOK dan Jampersal. Alokasi dana di kedua puskesmas tersebut belum sesuai perencanaan sehingga perlu pencapaian khusus terhadap capaian target SPM, penambahan SDM, sarana dan prasarana dan alokasi dana.

Kata kunci: KIA, penerapan



ABSTRACT

PRATIWI ASIKIN. *Application of Program of Mothers and Children's Health in Samata and Bontolempangan Public Health Centres (PHC) of Gowa Regency in 2013* (supervised by Darmawansyah and Syamsiar S. Russeng).

The research aimed at analysing the application of mothers and children's health program in Samata and Bontolempangan Public Health Centres of Gowa Regency in 2013.

The research was carried out in Samata and Bontolempangan PHC's of Gowa Regency. This was a qualitative research. Informants consisted of 4 people, i.e. the Heads of PHC's, the people in charge of the mothers and children's health program in both PHC's. Data were collected by the *triangulation* technique including the profound interview, documentary study, and observation. The data were analysed by using the qualitative descriptive method.

The research result indicates that the implementation of the mothers and children's health program refers to the policy from the central government in both PHC's based on SPM target. The distribution of the human resources, infra-structures and facilities in both PHC's has not been sufficient. Fund allocation in both PHC's has not been accordance with the planning. Special attention is needed for the achievement of SPM target, the addition of human resources, infra-structures, facilities, and fund allocation.

Key-words: Mothers and Children's Health, application.



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Program Kesehatan Ibu dan Anak	11
B. Tinjauan Tentang Sumber Daya Manusia	27
C. Tinjauan Tentang Sarana Prasarana	30
D. Tinjauan Tentang Alokasi Dana	32
E. Tinjauan Tentang Puskesmas	33
F. Landasan Teori	44
G. Kerangka Pikir	47

H. Definisi Konseptual	48
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	51
B. Pengelolaan Peran sebagai Peneliti	52
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	52
D. Sumber Data	53
E. Data Penelitian	53
F. Teknik Pengumpulan Data	54
G. Penyajian Data	56
H. Analisis Data	57
I. Validitas Data Penelitian	57
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	58
B. Hasil Penelitian	61
C. Pembahasan	82
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	98
B. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	100
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Matriks Sumber Data Penelitian	53
2. Triangulasi Teknik Pengumpulan Data	56
3. Distribusi Penduduk berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Samata Tahun 2012	59
4. Distribusi Penduduk berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012	60
5. Karakteristik Informan Penelitian	62
6. Distribusi Cakupan Program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012	63
7. Distribusi SDM Program KIA di Puskesmas Samata Tahun 2012	71
8. Distribusi SDM Program KIA di Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012	71
9. Distribusi Sarana Prasarana di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012	74
10. Distribusi Kelengkapan Alat Kesehatan di Poliklinik KIA pada Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012	76
11. Distribusi Besaran Alokasi Dana di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012 (dalam Rupiah)	78
12. Rincian Kegiatan Program KIA dari dana BOK di Puskesmas Samata Tahun 2012	79
13. Rincian Kegiatan Program KIA dari dana BOK di Puskesmas Bontolempangan Tahun 2012	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Pikir Penelitian	47
2. Kerangka Konsep Penelitian	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Sintesa Penelitian
2. Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Gowa Tahun 2010 – 2012
3. Cakupan Program KIA pada 25 Puskesmas di Kabupaten Gowa Tahun 2012
4. Lembar Penjelasan Penelitian
5. Lembar *Informed Consent*
6. Pedoman Wawancara terhadap Kepala Puskesmas di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan
7. Pedoman Wawancara terhadap Kepala Seksi/ Penanggung Jawab Program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan
8. *Check List* Kapasitas SDM Seksi KIA di Puskesmas Samata/Puskesmas Bontolempangan
9. Check List Sarana Prasarana Program KIA di Puskesmas Samata/Puskesmas Bontolempangan
10. *Check List* Sarana Prasarana Program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan
11. Matriks Hasil Penelitian
12. Surat Izin Penelitian dari Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
13. Surat Izin Penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan
14. Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Linmas Kabupaten Gowa
15. Surat Keterangan Selasai Meneliti dari Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa
16. Dokumentasi Penelitian
17. *Curriculum Vitae*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Indikator derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dapat ditandai dengan jumlah kematian ibu, jumlah kematian bayi, dan usia harapan hidup sehingga program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi neonatal. Salah satu tujuan program ini adalah menurunkan angka kematian dan kesakitan di kalangan ibu dan anak. Berbagai program telah dilaksanakan di Indonesia dengan keterlibatan aktif dari berbagai sektor pemerintah, organisasi non pemerintah, dan masyarakat serta dengan dukungan dari berbagai badan internasional (Widaningrum, dkk, 2009).

Peningkatan kesehatan ibu dan penurunan kematian anak merupakan bagian dari sasaran pembangunan *Millenium Development Goals* (MDGs). Kematian ibu merupakan ukuran penting bagi kesehatan bangsa dan masyarakat serta menunjukkan kesenjangan di bidang kesehatan dan akses terhadap kesehatan. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tetap tinggi dibandingkan dengan negara kawasan ASEAN, Indonesia adalah salah satu negara yang masih belum bisa lepas dari belitan angka kematian ibu (AKI) yang

tinggi. Bahkan jumlah perempuan Indonesia yang meninggal saat melahirkan mencapai rekor tertinggi di Asia. Berdasarkan data SDKI 2007 menunjukkan AKI sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup (Sumarman, 2010).

Propinsi di Indonesia dengan kasus kematian ibu (kematian maternal) melahirkan tertinggi adalah Propinsi Papua, yaitu sebesar 730 per 100.000 kelahiran hidup, diikuti Propinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 370 per 100.000 kelahiran hidup, Propinsi Maluku sebesar 340 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di Sulawesi Selatan berdasarkan profil kesehatan Sulawesi Selatan jumlah kejadian kematian maternal yang dilaporkan pada tahun 2007 yaitu sebesar 104 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Propinsi Sulawesi Selatan, 2008). Kematian maternal tersebut terdiri dari kematian ibu hamil (19%), kematian ibu bersalin (46%), dan kematian ibu nifas (35%). Sementara untuk data AKB di Sulawesi Selatan berdasarkan hasil SDKI 2007 menunjukkan angka 41 per 1000 kelahiran.

Angka kematian Ibu di Kabupaten Gowa yang dilaporkan oleh Subdin Bina Kesga pada tahun 2010 yaitu sebesar 107 per 100.000 kelahiran hidup, mengalami penurunan pada tahun 2011 sebesar 93 per 100.000 kelahiran hidup, kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2012 menjadi 149 per 100.000. Sementara AKB yang dilaporkan pada tahun 2010 sebesar 2,9 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2011 jumlah

kematian bayi yang dilaporkan sebesar 3,2 per 1.000 kelahiran dan pada tahun 2012 mengalami peningkatan sebesar 4,5 per 1.000 kelahiran.

Jumlah puskesmas di Kabupaten Gowa sebanyak 25 unit. Puskesmas Samata merupakan salah satu puskesmas yang berada di dataran rendah Kabupaten Gowa, dengan kasus kematian ibu sebanyak 1 orang dan kasus kematian bayi sebanyak 2 orang, sedangkan kasus kematian ibu di Puskesmas Bontolempangan sebanyak 2 orang dan kasus kematian bayi sebanyak 1 orang dimana Puskesmas Bontolempangan merupakan salah satu puskesmas yang berada di dataran tinggi Kabupaten Gowa.

Keragaman AKI dan AKB dipengaruhi latar belakang sosial ekonomi, penduduk, kawasan, dan letak geografis. AKB dan AKI yang tinggi terjadi di daerah pedesaan serta pada penduduk dengan status ekonomi dan pendidikan rendah. Kejadian AKI dan AKB tidak selalu dapat diduga dan diramalkan sebelumnya, sehingga ibu hamil harus berada sedekat mungkin pada pelayanan kesehatan. Kebijakan ini sebenarnya telah dirintis sejak tahun 1995. Namun belum ada pedoman khusus sebagai acuan pelayanan tersebut (Depkes RI, 2004).

Beberapa target program KIA yang tidak tercapai dapat dilihat pada pencapaian Kunjungan Ibu hamil (K4) di Puskesmas Bontolempangan yang hanya mencapai 60,93% dimana target Standar Pelayanan Minimum (SPM) seharusnya 95%. Hal ini masih terlihat adanya selisih pencapaian 34,07%. Rendahnya capaian ini juga sejalan dengan hasil penelitian oleh

Babalola (2009) di Nigeria yang menunjukkan cakupan pemeriksaan *Antenatal Care* hanya sekitar 60,3%. Begitu juga dengan cakupan pertolongan persalinan oleh nakes memiliki kompetensi kebidanan atau tenaga Kesehatan di Puskesmas Bontolempangan yang hanya mencapai 53,76%, masih terdapat selisih dari target SPM 90% yaitu 46,24%. Hal ini juga terlihat pada hasil penelitian Babalola (2009) di Nigeria yang menunjukkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan hanya mencapai 43,5%.

Selain itu, jauhnya target pencapaian ini juga terlihat pada cakupan kunjungan bayi yang masih terdapat selisih 19,69% dari target SPM 90%. Hal serupa juga terlihat pada cakupan pelayanan anak balita yang hanya mencapai 45,71% di Bontolempangan, begitu pula di Samata yang hanya mencapai 51,05%. Kedua puskesmas tersebut masih sangat jauh dari target pencapaian SPM 90% (Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, 2012).

Rendahnya beberapa pencapaian di atas tentunya dipengaruhi oleh beberapa hal. Misalnya saja kurang maksimalnya keterampilan bidan yang diperoleh dari pelatihan yang seharusnya mereka ikuti. Hal ini didukung hasil penelitian oleh Zulaeha (2012) yang menunjukkan hasil bahwa bidan di desa belum melaksanakan pelayanan persalinan dengan baik karena sebagian besar petugas belum mengikuti pelatihan APN, belum adanya Standar Operational Prosedur (SOP), empat gedung Pos Kesehatan Desa di empat desa tidak memadai (luasnya, tidak ada air

maupun listrik dan jauh dari pemukiman), empat desa lainnya belum memiliki Poskesdes, peralatan persalinan juga belum lengkap.

Penelitian lainnya yang menunjukkan belum maksimalnya pelaksanaan program KIA juga terlihat pada hasil penelitian oleh Lalu (2011) yang menunjukkan bahwa koordinasi perencanaan pembiayaan KIA belum berjalan optimal, walaupun telah melibatkan peran lintas sektor dan lintas program namun pada perencanaan program organisasi profesi kesehatan tidak dilibatkan. Koordinasi pelaksanaan pembiayaan juga belum berjalan optimal. Meskipun tidak ada tumpang tindih pembiayaan dari beberapa sumber yang ada, hanya saja pada pelaksanaan kebijakan ditemukan iur biaya untuk rujukan maupun obat

Permasalahan program KIA adalah kebijakan yang diambil pemerintah kabupaten yang belum mencerminkan kesesuaian dengan kebijakan Departemen Kesehatan, misalnya pendistribusian SDM tenaga kesehatan khususnya tenaga bidan yang belum merata, pendistribusian sarana prasarana kesehatan yang belum memadai dan dukungan alokasi dana yang belum mencukupi. Depkes (2007) menyebutkan bahwa distribusi yang tidak merata terjadi pada daerah-daerah terpencil, rawan kerusuhan dan bencana alam serta daerah pemekaran. Pendistribusian tenaga kesehatan diperlukan komitmen politis dari pemerintah kabupaten guna terciptanya pemerataan tenaga dimana bidan sebagai ujung tombak pelayanan program KIA.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat dan Mardianto (2012) menunjukkan bahwa aspek kebijakan berdampak pada pelayanan KIA di Kabupaten Banyumas. Hal ini didukung juga dengan penelitian yang dilakukan oleh O'Hare dan Southall (2007) menunjukkan bahwa kebijakan dan konflik berdampak pada kematian ibu dan anak di Sub. Saharan Afrika. Dampak dari pendistribusian tenaga belum merata dan lemahnya pembinaan dan pengawasan dari Dinas Kesehatan menyebabkan kegiatan program kesehatan di puskesmas belum berjalan optimal termasuk program KIA sehingga bidan kurang optimal, terlihat dari tidak adanya rapat koordinasi bidan di tingkat kabupaten dan minimnya pelatihan untuk bidan serta tidak dilakukannya supervisi secara rutin dan berkala.

Pendistribusian tenaga Dinas Kesehatan hanya sebatas mengusulkan kebutuhan tenaga, namun dalam hal penempatan petugas di puskesmas merupakan wewenang penuh pemerintah Kabupaten Gowa melalui Badan Kepegawaian Daerah (BKD). Akibat dari penempatan bidan yang tidak sesuai, menyebabkan terjadinya penumpukan bidan di salah satu puskesmas karena tidak sesuai dengan prioritas kebutuhan dari unit pelayanan kesehatan yang membutuhkan. Hasil penelitian Prata, et.al. (2010) menunjukkan bahwa sebagian negara berkembang sedang menghadapi kesulitan dalam intervensi terhadap pengurangan kematian ibu yang disebabkan oleh ketersediaan data tidak dapat diandalkan,

kekurangan sumber daya manusia dan keuangan, serta komitmen politik yang terbatas.

Sarana prasarana merupakan fasilitas yang dapat menunjang pegawai puskesmas dalam melakukan pekerjaannya. Adanya kelengkapan fasilitas membuat pekerjaan menjadi mudah untuk diselesaikan dan pelayanan kepada masyarakat juga akan semakin cepat. Sebaliknya fasilitas yang kurang lengkap akan menyebabkan pekerjaan menjadi tidak efisien dan menjadi tertunda, akibatnya pelayanan kepada masyarakat juga menjadi terhambat.

Sumber dana untuk operasional kegiatan program KIA di puskesmas se-Kabupaten Gowa untuk tahun 2012 berasal dari Biaya Operasional Kesehatan (BOK) dan Jaminan Pembiayaan Pelayanan Persalinan (JAMPERSAL). Hasil penelitian Saifuddin (2007) menunjukkan bahwa proses penentuan tujuan atau target KIA di puskesmas dipengaruhi oleh tujuan dan target dinas, ketersediaan anggaran, cakupan target sarana, motivasi pegawai trend kinerja, budaya dan tuntutan kinerja.

Pendistribusian SDM tenaga kesehatan khususnya tenaga bidan yang belum merata, pendistribusian sarana prasarana kesehatan yang belum memadai dan dukungan alokasi dana yang belum mencukupi menyebabkan pelaksanaan program KIA tidak berjalan secara maksimal akibatnya pelayanan kepada masyarakat juga menjadi terhambat. Berdasarkan paparan tersebut, maka diperlukan penelitian lebih jauh guna

menganalisis penerapan program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana program-program KIA, pendistribusian SDM, sarana prasarana, dan alokasi dana dalam mendukung program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk menganalisis penerapan program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk menganalisis landasan program KIA dalam mendukung program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa.
- b. Untuk menganalisis pendistribusian SDM dalam mendukung program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa.

- c. Untuk menganalisis pendistribusian sarana prasarana dalam mendukung program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa.
- d. Untuk menganalisis alokasi dana dalam mendukung program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengembangan kebijakan, penyusunan anggaran perencanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak pada program KIA.

2. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya program KIA serta menjadi salah satu bacaan dan rujukan bagi peneliti lain yang ingin meneliti mengenai program KIA.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini menambah wawasan pengetahuan khususnya penerapan program KIA di Puskesmas Samata dan Puskesmas Bontolempangan Kabupaten Gowa.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Memberikan informasi pada masyarakat mengenai penerapan program KIA agar dapat menurunkan angka kematian ibu dan anak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Program Kesehatan Ibu dan Anak

1. Pengertian Program Kesehatan Ibu dan Anak

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah upaya dibidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu meneteki, bayi dan anak balita serta anak prasekolah.

2. Tujuan Program Kesehatan Ibu dan Anak

Tujuan program KIA adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

Tujuan khusus program KIA adalah :

- a. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan , sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
- b. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga,

paguyuban 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.

- c. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu meneteki.
- d. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu meneteki, bayi dan anak balita.
- e. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya.

3. Prinsip Pengelolaan Program Kesehatan Ibu dan Anak

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok :

- a. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
- b. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga professional secara berangsur.
- c. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.

- d. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

Program KIA terlaksana dengan baik bila dilengkapi dengan tindak lanjut berupa perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA intensifikasi pergerakan pelayanan KIA dan mobilisasi sumber daya yang diperlukan agar meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA (Depkes RI, 2002). Intensifikasi manajemen program KIA dikembangkan melalui Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA.

Hasil rekapitulasi PWS KIA di Kabupaten/Kota dapat digunakan untuk menentukan puskesmas yang rawan. PWS adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan kegiatan KIA disuatu wilayah (puskesmas/ kecamatan) secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang secara cepat dan tepat terhadap desa yang cakupan wilayah desanya yang masih rendah dengan tujuan sebagai berikut :

- a. Memantau cakupan pelayanan KIA yang dipilih sebagai indikator secara teratur (bulanan) dan terus menerus untuk tiap desa.
- b. Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan dan pencapaian sebenarnya untuk tiap desa.
- c. Menentukan urutan desa prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan antara target dan pencapaian.

- d. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang dapat digali.

Azwar (1998) mengatakan bahwa dalam pengelolaan suatu program kesehatan terdapat beberapa faktor di antaranya input, proses dan output. Faktor input adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu proses kegiatan program yang terdiri dari sumber daya manusia (*man*), dana (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*). Siagian (1999) mengatakan bahwa manusia sebagai faktor input terpenting dalam proses manajemen dan faktor non manusia merupakan faktor input yang menentukan terwujudnya kegiatan-kegiatan (proses) agar menjadi langkah-langkah nyata untuk mencapai hasil (*output*) (Sumarman, 2010).

4. Pelayanan dan Jenis Indikator Kesehatan Ibu dan Anak

a. Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal.

Standar minimal "5 T " untuk pelayanan antenatal terdiri dari

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur Tekanan darah
- 3) Pemberian Imunisasi TT lengkap
- 4) Ukur Tinggi fundus uteri
- 5) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

b. Pertolongan Persalinan

Jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat :

- 1) Tenaga profesional, yakni dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat.
- 2) Dukun bayi
 - a) Dukun bayi terlatih adalah dukun bayi yang telah mendapatkan latihan tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus.
 - b) Dukun bayi tidak terlatih adalah dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

c. Deteksi Dini Ibu Hamil Berisiko

Faktor risiko pada ibu hamil diantaranya adalah :

- 1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 2) Anak lebih dari 4.
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun atau lebih dari 10 tahun.
- 4) Tinggi badan kurang dari 145 cm.

- 5) Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm.
- 6) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- 7) Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dan normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risiko tinggi pada kehamilan meliputi :

- 1) Hb kurang dari 8 gram %
- 2) Tekanan darah tinggi yaitu sistole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg
- 3) Oedema yang nyata
- 4) Eklampsia
- 5) Perdarahan pervaginam
- 6) Ketuban pecah dini
- 7) Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- 8) Letak sungsang pada primigravida
- 9) Infeksi berat atau sepsis
- 10) Persalinan prematur
- 11) Kehamilan ganda
- 12) Janin yang besar
- 13) Penyakit kronis pada ibu antara lain Jantung, paru, ginjal.

14) Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan.

Risiko tinggi pada neonatal meliputi :

- 1) BBLR atau berat lahir kurang dari 2500 gram
- 2) Bayi dengan tetanus neonatorum
- 3) Bayi baru lahir dengan asfiksia
- 4) Bayi dengan ikterus neonatorum yaitu ikterus lebih dari 10 hari setelah lahir
- 5) Bayi baru lahir dengan sepsis
- 6) Bayi lahir dengan berat lebih dari 4000 gram
- 7) Bayi preterm dan post term
- 8) Bayi lahir dengan cacat bawaan sedang
- 9) Bayi lahir dengan persalinan dengan tindakan.

d. Indikator Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

Menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian kewenangan wajib bidang kesehatan di kabupaten/kota seiring dengan Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/tanggal 8 Juli 2002 tentang Konsep Dasar Penentuan Kewajiban Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (SPM), maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di daerah, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang SPM bidang

kesehatan di kabupaten/kota. SPM adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan indikator, dan nilai (*benchmark*). Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat (Sulaeman, 2009).

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kesehatan Kabupaten/Kota berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia sehingga mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan SPM bidang kesehatan (Sulaeman, 2009).

Terdapat 6 indikator kinerja penilaian standar pelayanan minimal atau SPM untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang wajib dilaksanakan (Sulaeman, 2009) yaitu :

1) Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4

Pengertian

- a) Ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal 1 kali pada triwulan

pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan 2 kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.

- b) Pelayanan adalah pelayanan atau pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil sesuai standar pada masa kehamilan oleh tenaga kesehatan terampil (dokter, bidan, dan perawat).

Definisi Operasional

Cakupan kunjungan ibu hamil k4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal 4 kali sesuai standar di suatu wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu.

Langkah Kegiatan

- a) Pendataan ibu hamil sampai beberapa hari (biasanya H-3) sebelum penyelenggaraan posyandu
- b) Pembuatan kantong persalinan
- c) Pelayanan antenatal
- d) Pencatatan dan pelaporan
- e) Pemantauan dan penilaian

Rujukan

- a) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal
- b) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)
- c) Pelayanan Kebidanan Dasar
- d) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)-KIA

2) Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Bidan atau Tenaga Kesehatan yang Memiliki Kompetensi Kebidanan

Pengertian

- a) Pertolongan persalinan adalah pertolongan ibu bersalin di suatu wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu tertentu yang mendapatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
- b) Kompetensi kebidanan adalah keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam bidang pelayanan kebidanan (dokter dan bidan).

Definisi Operasional

Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu.

Langkah Kegiatan

- a) Pelayanan persalinan
- b) Perawatan nifas
- c) Pemantauan dan penilaian

Rujukan

- a) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal

- b) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)
- c) Pelayanan Kebidanan Dasar
- d) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)-KIA
- e) Pedoman Asuhan Persalinan Normal (APN)

3) Ibu Hamil Risiko Tinggi yang Dirujuk

Pengertian

- a) Risiko tinggi (risti) adalah keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.
- b) Risti/komplikasi kebidanan meliputi HB < 8 gr %, tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg), edema nyata, eklampsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi bderat/sepsis, persalinan prematur.
- c) Ibu hamil risti/komplikasi yang dirujuk adalah ibu hamil risti/komplikasi yang ditemukan untuk mendapatkan pertolongan pertama dan rujukan oleh tenaga kesehatan.

Definisi Operasional

Ibu hamil risti yang dirujuk adalah ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang dirujuk di suatu wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu.

Langkah Kegiatan

- a) Persiapan Pelayanan Antenatal
- b) Pelayanan *Antenatal Care* (ANC)
- c) Persiapan Pelayanan Pertolongan Persalinan
- d) Persiapan Pendeteksian Ibu Hamil Risti/Komplikasi
- e) Deteksi Ibu Hamil Risti/Komplikasi
- f) Pemantauan dan Penilaian

Rujukan

- a) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal
- b) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)
- c) Pelayanan Kebidanan Dasar
- d) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)-KIA
- e) Pedoman Asuhan Persalinan Normal (APN)
- f) Pedoman *Audit Maternal Perinatal* (AMP)

4) Cakupan Kunjungan Neonatus**Pengertian**

- a) Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) adalah pelayanan kesehatan kepada bayi umur 0 – 28 hari di puskesmas maupun pelayanan melalui kunjungan rumah.
- b) Pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan, hipotermi, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi

berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi), pemberian vitamin K, Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA.

- c) Setiap neonatus memperoleh pelayanan kesehatan minimal 2 kali yaitu 1 kali pada umur 0 – 7 hari dan 1 kali pada umur 8 – 28 hari.

Definisi Operasional

Cakupan KN adalah cakupan neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal, paling sedikit 2 kali, di suatu wilayah puskesmas pada kurun waktu tertentu.

Langkah Kegiatan

- a) Pelatihan klinis kesehatan neonatal meliputi resusitasi, pelayanan kesehatan neonatus esensial, MTBM, pemberian vitamin K, dan penggunaan buku KIA
- b) Pemantauan pasca pelatihan resusitasi dan MTBM
- c) Pelayanan kunjungan neonatus di dalam gedung dan di luar gedung
- d) Pelayanan rujukan neonatus
- e) Pembahasan audit kesakitan dan kematian neonatus

Rujukan

- a) Modul Pelatihan Resusitasi
- b) Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
- c) Modul Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)
- d) Buku KIA

5) Cakupan Kunjungan Bayi**Pengertian**

- a) Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan kunjungan bayi umur 1 – 12 bulan di puskesmas maupun di rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan, dan sebagainya, melalui kunjungan petugas.
- b) Pelayanan kesehatan tersebut meliputi deteksi dini kelainan tumbuh kembang bayi (DDTK), stimulasi perkembangan bayi, MTBM, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi.
- c) Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 1 – 3 bulan, 1 kali pada umur 3 – 6 bulan, 1 kali pada umur 6 – 9 bulan, dan 1 kali pada umur 9 – 12 bulan.

Definisi Operasional

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi, paling sedikit 4 kali, di suatu wilayah puskesmas pada kurun waktu tertentu.

Langkah Kegiatan

- a) Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi DDTK, stimulasi perkembangan bayi, dan MTBS
- b) Pemantauan pasca pelatihan MTBS dan DDTK
- c) Pelayanan kunjungan bayi di dalam gedung dan luar gedung
- d) Pelayanan rujukan
- e) Pembahasan audit kematian dan kesakitan bayi

Rujukan

- a) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
- b) Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita (DDTK)
- c) Buku KIA

6) Cakupan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang**Ditangani****Pengertian**

- a) BBLR adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram yang ditimbang pada saat lahir sempat dengan 24 jam pertama setelah lahir.

- b) Penanganan BBLR meliputi pelayanan kesehatan dasar (tindakan resusitasi, pencegahan, hipotermi, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi), pemberian vitamin K, Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), penanganan penyulit/komplikasi/masalah pada BBLR, dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA.
- c) Setiap BBLR memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan di sarana pelayanan kesehatan maupun pelayanan melalui kunjungan rumah oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR.

Definisi Operasional

Cakupan BBLR yang ditangani adalah cakupan BBLR yang ditangani sesuai standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR, di suatu wilayah puskesmas pada kurun waktu tertentu.

Langkah Kegiatan

- a) Pelatihan klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR
- b) Pemantauan pasca pelatihan kesehatan neonatal dan penanganan BBLR

- c) Pemantauan BBLR ditangani melalui KN di dalam gedung dan luar gedung.
- d) Pelayanan rujukan BBLR
- e) Pembahasan audit kematian BBLR

Rujukan

- a) Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
- b) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
- c) Modul Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM)
- d) Buku KIA

B. Tinjauan Tentang Sumber Daya Manusia

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sementara itu, SDM kesehatan menurut PP No. 32/1996 adalah semua orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan (Adisasmito, 2007).

Tenaga kesehatan menurut SKN adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan professional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu

memerlukan upaya kesehatan. Sedangkan menurut PP No. 32/1996, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Adisasmito, 2007). Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (Depkes RI, 2004).

Pemberdayaan SDM dapat diartikan sebagai pemanfaatan SDM secara efektif dan efisien dalam suatu organisasi berdasarkan kemampuan yang dimiliki yaitu pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), dan sikap (*attitude*) yang mempunyai tanggung jawab dalam organisasi. Prinsip penempatan atau pemanfaatan orang yang tepat pada tempat yang tepat untuk pekerjaan yang tepat atau *the right man on the right place and the right man behind the right job*.

Hasibuan (2007) mengatakan bahwa spesifikasi pekerjaan adalah uraian kualitas minimum seseorang yang bisa diterima agar dapat menjalankan pekerjaan dengan baik dan kompeten. Simamora (2004) mengemukakan bahwa informasi yang terdapat dalam spesifikasi pekerjaan dikategorikan sebagai persyaratan-persyaratan kualifikasi

umum seperti pengalaman dan pelatihan, pendidikan, dan pengetahuan, keahlian dan kemampuan.

Penilaian prestasi kerja adalah proses mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan diwaktu yang lalu atau untuk memprediksi prestasi karyawan diwaktu yang akan datang dalam suatu organisasi.

Penilaian kinerja ada 3 tipe, yaitu :

1. Penilaian berdasarkan hasil, yaitu penilaian yang didasarkan adanya target-target dan ukuran yang spesifik serta dapat diukur.
2. Penilaian berdasarkan perilaku, yaitu penilaian perilaku-perilaku yang berkaitan dengan pekerjaan.
3. Penilaian berdasarkan *judgement*, yaitu penilaian yang didasarkan kuantitas pekerjaan, kualitas pekerjaan, koordinasi, pengetahuan, pekerjaan dan keterampilan, kreativitas, semangat kerja, kepribadian, keramahan dan integritas pribadi serta kesadaran dan dapat dipercaya dalam menyelesaikan tugas (Gomes, 2003).

Handoko (2001) menyebutkan bahwa pengetahuan, keterampilan dan kompetensi karyawan melakukan tugasnya serta sinergi antara SDM akan menghasilkan kinerja yang optimal. SDM yang berkualitas merupakan aset utama suatu organisasi, baik organisasi bisnis maupun organisasi nirlaba.

Dalam manajemen program kesehatan di era desantralisasi, SDM menjadi faktor penentu dalam penyelenggaraan sistem kesehatan di daerah sesuai dengan otoritas yang dimiliki daerah (Koentjoro, 2005). Hal

tersebut menuntut daerah untuk mengembangkan sumber daya yang dimiliki sehingga dapat mengoptimalkan proses program kesehatan. Pengembangan sumber daya manusia dapat dilakukan dengan menyelenggarakan pelatihan atau pendidikan. Bidan merupakan motor pelaksanaan dalam program KIA.

Nyahu (2004) menyebutkan bahwa pengelolaan sumber daya bidan harus dilakukan dengan serius oleh dinas kesehatan, agar meningkatkan minat dan kebetahan bidan untuk bertugas di desa terpencil. Hal lain yang harus diperhatikan oleh dinas kesehatan mencakup perbaikan kompensasi, kepastian pengembangan karir di pegawai negeri, penghargaan terhadap prestasi kerja, penyelenggaraan pelatihan-pelatihan praktis serta rehabilitasi perumahan bidan di desa terpencil.

Hasil Penelitian Wakur (2007) di Kabupaten Papua menunjukkan bahwa SDM seksi KIA di Dinas Kesehatan Papua sangat terbatas baik kualitas maupun kuantitas walaupun didukung oleh dana yang mencukupi, sedangkan peran Dinas Kesehatan Papua hanya sebagai pendistribusian tenaga sedangkan wewenang penempatan petugas adalah dari Pemda Kabupaten Papua.

C. Tinjauan Tentang Sarana Prasarana

Salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan pembangunan adalah sarana kesehatan yang mampu menunjang berbagai upaya pelayanan kesehatan baik pada tingkat individu maupun

masyarakat. Untuk masa mendatang kebutuhan sarana kesehatan akan disusun dengan memperhatikan beberapa asumsi dasar, yaitu :

1. Terjadinya pergeseran peran pemerintah dari penyelenggara pelayanan yang dominan, menjadi penyusunan kebijakan dan regulasi dengan tetap memperhatikan kebutuhan pelayanan bagi penduduk miskin
2. Makin meningkatnya potensi sektor swasta dalam penyediaan pelayanan kesehatan, khususnya yang bersifat kuratif dan rehabilitatif
3. Teratasinya krisis ekonomi dan politik dalam waktu yang tidak terlalu lama.

Pembangunan sarana dan prasarana kesehatan ke depan akan diselenggarakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan swasta dengan memperhatikan faktor efisiensi dan ketercapaian bagi seluruh penduduk. Selain itu, langkah peningkatan kuantitas pembangunan sarana dan prasarana kesehatan harus diikuti dengan peningkatan kemampuan manajerial yang profesional dan didukung oleh peningkatan kemampuan teknis tenaga pemberi pelayanan untuk menjamin keberhasilan dan kelestarian upaya pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Adanya fasilitas yang cukup memadai akan menunjang dalam pelaksanaan pelayanan. Fasilitas yang disediakan harus sesuai dengan sifat dan corak tugas dari masing-masing pegawai hal ini mengingat masing-masing pegawai memiliki tugas dan beban kerja yang berbeda-

beda antara satu pegawai dengan pegawai yang lain. Adanya kelengkapan fasilitas akan menjadikan pekerjaan akan menjadi mudah untuk diselesaikan dan pelayanan kepada masyarakat juga akan semakin cepat. Sebaliknya fasilitas yang kurang lengkap akan menyebabkan pekerjaan menjadi tidak efisien dan menjadi tertunda, akibatnya pelayanan kepada masyarakat juga menjadi terhambat, dan bila hal ini dibiarkan kualitas pelayanan akan menjadi rendah.

Menurut Siagian (2004), teknologi canggih pada saat ini sangat besar pengaruhnya seperti komputer, laptop, telepon tanpa kabel, faksimili, teleks, internet dan lain sebagainya, yang dalam pemanfaatan maksimal memerlukan kemampuan tinggi dari si pengguna. Selain itu pemakaian perlengkapan kerja tradisional termasuk gedung, perabot, alat-alat kantor, alat tulis kantor dan peralatan kerja lainnya masih tetap diperlukan, sehingga manajemen logistik yang baik juga dibutuhkan.

D. Tinjauan Tentang Alokasi Dana

Alokasi dana adalah sejumlah dana yang dialokasikan kepada setiap daerah otonom (provinsi/kabupaten/kota) di Indonesia setiap tahunnya sebagai dana pembangunan. Alokasi dana merupakan salah satu komponen belanja pada APBN, dan menjadi salah satu komponen pendapatan pada APBD. Tujuan alokasi dana adalah sebagai pemerataan kemampuan keuangan antardaerah untuk mendanai kebutuhan daerah otonom dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Dana Alokasi Umum

terdiri dari dana alokasi umum untuk daerah provinsi dan dana alokasi umum untuk daerah kabupaten/kota.

Jumlah alokasi dana setiap tahun ditentukan berdasarkan Keputusan Presiden. Setiap provinsi/kabupaten/kota menerima alokasi dana dengan besaran yang tidak sama, dan ini diatur secara mendetail dalam Peraturan Pemerintah. Besaran alokasi dana dihitung menggunakan rumus/formulasi statistik yang kompleks, antara lain dengan variabel jumlah penduduk dan luas wilayah yang ada di setiap masing-masing wilayah/daerah.

Alokasi dana untuk operasional kegiatan program KIA di puskesmas berasal dari Biaya Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Pembiayaan Pelayanan Persalinan (JAMPERSAL).

E. Tinjauan Tentang Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Trihono, 2005).

a. Unit Pelaksana Teknis

Sebagai unit pelaksana teknis (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

b. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal.

c. Pertanggungjawaban Penyelenggaraan

Penanggung jawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah Kabupaten/Kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan Puskesmas bertanggung jawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kemampuannya.

d. Wilayah Kerja

Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu Kecamatan. Tetapi apabila di satu Kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara operasional bertanggung jawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2. Visi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat Kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Indikator Kecamatan Sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama yakni lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan derajat kesehatan penduduk kecamatan (Trihono, 2005).

3. Misi Puskesmas

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah :

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.

Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yaitu pembangunan yang tidak menimbulkan

dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.

- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.

Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan, menuju kemandirian untuk hidup sehat.

- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana, sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.

- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan yang bertempat di wilayah kerjanya, tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai. Upaya pemeliharaan dan peningkatan

yang dilakukan Puskesmas mencakup pula aspek lingkungan dari yang bersangkutan (Trihono, 2005).

4. Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Trihono, 2005).

5. Fungsi Puskesmas

Ada 3 fungsi puskesmas, yaitu :

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. disamping itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat pemberdayaan masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c. Pusat penyelenggaraan kesehatan strata pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi :

1) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Trihono, 2005).

6. Upaya Penyelenggaraan Puskesmas

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas yakni terwujudnya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat, puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembang.

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan

masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta upaya pengobatan.

Sedangkan upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada yaitu upaya kesehatan sekolah, upaya kesehatan olah raga, upaya perawatan kesehatan masyarakat, upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan gigi dan mulut, upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan mata, upaya kesehatan usia lanjut dan upaya pembinaan pengobatan tradisional.

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula bersifat upaya inovasi yakni upaya diluar upaya puskesmas tersebut di atas yang sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan dan pelaksanaan upaya inovasi ini adalah dalam rangka mempercepat tercapainya visi puskesmas.

Pemilihan upaya kesehatan pengembangan ini dilakukan oleh puskesmas bersama dinas kesehatan kabupaten/kota dengan mempertimbangkan masukan dari konkes/BPKM/BPP. Upaya

kesehatan pengembangan dilakukan apabila upaya kesehatan wajib puskesmas telah terlaksana secara optimal dalam arti target cakupan serta peningkatan mutu pelayanan telah tercapai. Penetapan upaya kesehatan pengembangan pilihan puskesmas ini dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Dalam keadaan tertentu upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula ditetapkan sebagai penugasan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Apabila puskesmas belum mampu menyelenggarakan upaya kesehatan pengembangan padahal telah menjadi kebutuhan masyarakat, maka dinas kesehatan kabupaten/kota bertanggung jawab dan wajib menyelenggarakannya. Untuk itu, dinas kesehatan kabupaten/kota perlu dilengkapi dengan berbagai unit fungsional lainnya. Perlu diingat meskipun puskesmas menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik dan memiliki tenaga spesialis, kedudukan dan fungsi puskesmas tetap sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya (Trihono, 2005).

7. Azas Penyelenggaraan Puskesmas

Penyelenggaraan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan puskesmas secara terpadu. Azas penyelenggaraan puskesmas secara terpadu. Azas penyelenggaraan puskesmas tersebut dikembangkan dari ketiga

fungsi puskesmas. Dasar pemikirannya adalah pentingnya menerapkan prinsip dasar dari setiap fungsi puskesmas dalam menyelenggarakan setiap upaya puskesmas, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Azas penyelenggaraan puskesmas yang dimaksud adalah azas pertanggungjawaban wilayah, azas pemberdayaan masyarakat, azas keterpaduan dan azas rujukan.

Azas pertanggungjawaban wilayah berarti puskesmas bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Untuk ini puskesmas harus melaksanakan berbagai kegiatan seperti menggerakkan pembangunan berbagai sektor tingkat kecamatan sehingga berwawasan kesehatan, memantau dampak berbagai upaya pembangunan terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, membina setiap upaya kesehatan strata pertama yang diselenggarakan oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya dan menyelenggarakan upaya kesehatan strata pertama (primer) secara merata dan terjangkau di wilayah kerjanya.

Azas pemberdayaan masyarakat berarti puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya puskesmas. Untuk itu, berbagai potensi masyarakat perlu dihimpun melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP). Beberapa kegiatan yang harus

dilaksanakan oleh puskesmas dalam rangka pemberdayaan masyarakat antara lain adalah upaya kesehatan ibu dan anak (posyandu, polindes dan bina keluarga balita), upaya pengobatan (posyandu, pos obat desa), upaya perbaikan gizi (posyandu, panti pemulihan gizi, keluarga sadar gizi), upaya kesehatan sekolah (dokter kecil, penyertaan guru dan orang tua/wali murid, saka bakti husada dan pos kesehatan pesantren), upaya kesehatan lingkungan (kelompok pemakai air bersih, dan desa percontohan kesehatan lingkungan), upaya kesehatan usia lanjut (posyandu usila dan panti werda), upaya kesehatan kerja (pos upaya kesehatan kerja), upaya kesehatan jiwa (posyandu, tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat), upaya pembinaan pengobatan tradisional (taman obat keluarga dan pembinaan pengobatan tradisional) serta upaya pembinaan dan jaminan kesehatan (dana sehat, tabungan ibu bersalin, mobilisasi dana keagamaan).

Azas keterpaduan untuk mengatasi keterbatasan sumber daya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu, jika mungkin sejak dari tahap perencanaan. Ada dua macam keterpaduan yang perlu diperhatikan yaitu keterpaduan lintas program dan keterpaduan lintas sektor.

Keterpaduan lintas program adalah upaya memadukan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang menjadi tanggung

jawab puskesmas sedangkan untuk keterpaduan lintas sektor merupakan upaya memadukan penyelenggaraan upaya puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) dengan berbagai program dari sektor terkait tingkat kecamatan termasuk organisasi kemasyarakatan dan dunia usaha.

Azas rujukan digunakan sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh puskesmas terbatas. Padahal puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya. Untuk membantu puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) harus ditopang oleh azas rujukan.

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti dari satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horizontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama (Trihono, 2005).

F. Landasan Teori

Penyusunan kerangka mengacu pada pelaksanaan program KIA di Kabupaten Gowa yaitu :

1. Program KIA

Program KIA meliputi program-program yang telah ditetapkan berdasarkan skala nasional dalam hal ini menggunakan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang kemudian disesuaikan dengan program KIA di puskesmas masing-masing. Selain itu beberapa program lainnya meliputi pelaksanaan Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan kemitraan bidan dukun di puskesmas.

2. Distribusi SDM

Handoko (2001) menyebutkan bahwa pengetahuan, keterampilan, masa kerja, dan kompetensi karyawan melakukan tugasnya serta sinergi antara SDM akan menghasilkan kinerja yang optimal. SDM yang berkualitas merupakan aset utama suatu organisasi, baik organisasi bisnis maupun organisasi nirlaba.

3. Distribusi Sarana Prasarana

Azwar (1998) mengatakan bahwa dalam pengelolaan suatu program kesehatan terdapat beberapa faktor di antaranya input, proses dan output. Faktor input adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu proses kegiatan program yang terdiri dari sumber daya manusia (*man*), dana (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*). Siagian (1999) mengatakan bahwa manusia sebagai faktor input terpenting dalam proses manajemen dan faktor non manusia merupakan faktor input yang menentukan terwujudnya kegiatan-

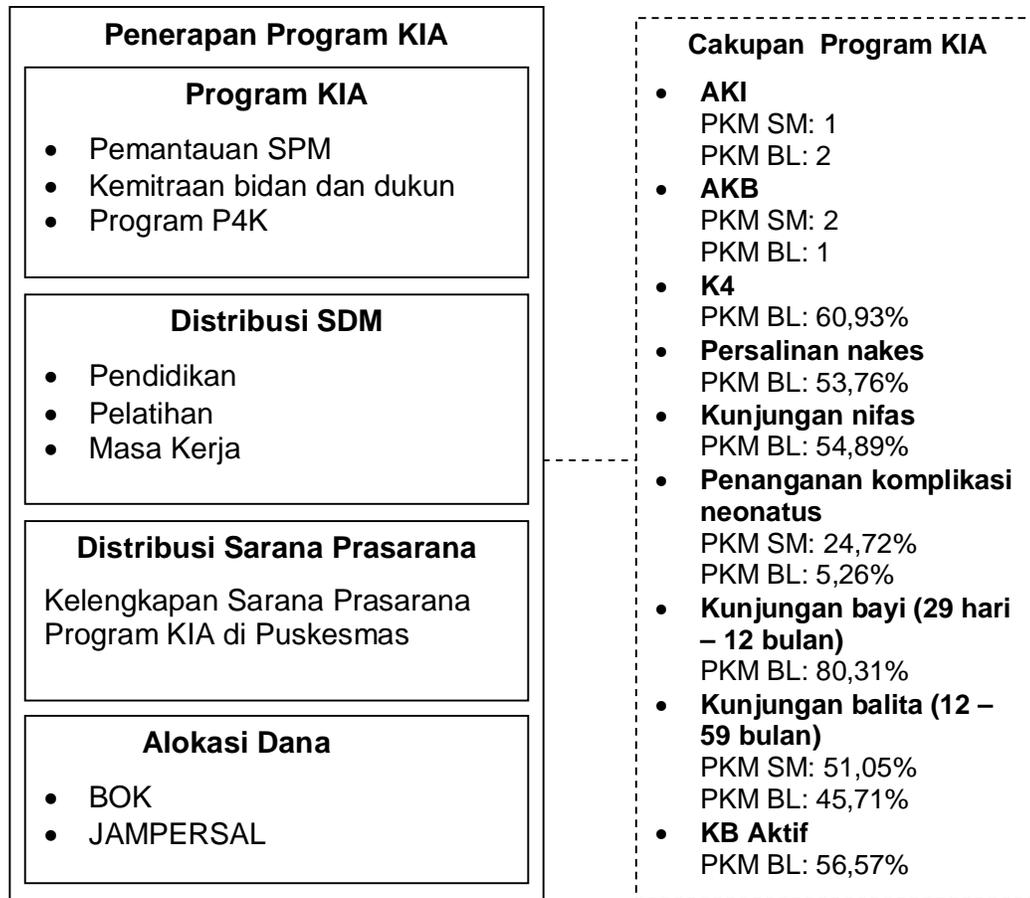
kegiatan (proses) agar menjadi langkah-langkah nyata untuk mencapai hasil (output) (Sumarman, 2010).

4. Alokasi Dana

Alokasi dana untuk operasional kegiatan program KIA di puskesmas berasal dari Biaya Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Pembiayaan Pelayanan Persalinan (JAMPERSAL), Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), dan JAMKESTIS.

G. Kerangka Pikir

Berdasarkan landasan teori yang telah dipaparkan, maka dirumuskan kerangka pikir penerapan program KIA sebagai berikut :



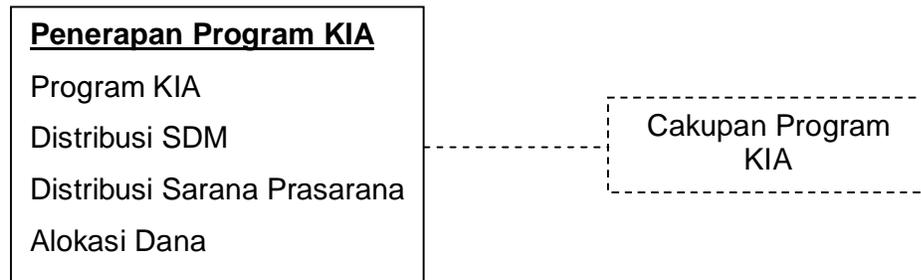
Sumber : *Program Bina Gizi dan KIA (2012), Winarno (2007), Handoko (2001), dan Azwar (1998)*

Gambar 1. Kerangka Pikir Penelitian

Keterangan

- PKM SM : Puskesmas Samata
 PKM BL : Puskesmas Bontolempangan
 AKI : Angka Kematian Ibu
 AKB : Angka Kematian Balita
 K4 : Pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali
 Persalinan nakes : Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
 Kunjungan nifas : Kunjungan ibu setelah melahirkan

Bedasarkan kerangka pikir, maka dibentuklah kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

H. Definisi Konseptual

1. Program KIA

Program KIA meliputi program-program yang telah ditetapkan berdasarkan skala nasional dalam hal ini menggunakan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang kemudian disesuaikan dengan program KIA di puskesmas masing-masing. Selain itu beberapa program lainnya meliputi pelaksanaan Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan kemitraan bidan dukun di puskesmas. Setelah itu, dilihatlah apakah dalam pelaksanaan program KIA senantiasa memperhatikan dan mengevaluasi target SPM yang telah ditetapkan serta kunjungan Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa untuk melakukan supervisi atau bimbingan teknis program KIA.

2. Distribusi SDM

Distribusi SDM adalah upaya puskesmas dalam penempatan tenaga kesehatan (bidan) di Kabupaten Gowa berdasarkan tingkat pendidikan, pelatihan dan lama kerja tenaga kesehatan serta upaya peningkatan kualitas SDM.

a. Pendidikan

Pendidikan adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, dan sikap tenaga kesehatan untuk melaksanakan tugas secara professional dengan dilandasi kepribadian dan etika.

b. Pelatihan

Pelatihan dibidang kesehatan adalah kegiatan untuk meningkatkan keterampilan atau penguasaan pengetahuan di bidang teknis kesehatan yang dilakukan dilakukan secara berjenjang sesuai dengan jenis tenaga kesehatan yang bersangkutan.

c. Masa Kerja

Masa kerja tenaga kesehatan adalah waktu setelah menjadi Pegawai Negeri Sipil (tenaga kesehatan) mulai bekerja pada puskesmas sampai dengan saat penelitian ini dilaksanakan.

3. Distribusi Sarana Prasarana

Kelengkapan sarana prasarana adalah pengadaan dan pembangunan fasilitas kesehatan dalam mendukung program KIA yang dilakukan oleh puskesmas serta hal-hal yang menghambat pelaksanaan program KIA di puskesmas.

4. Alokasi Dana

Alokasi dana adalah besaran uang dalam rupiah yang disediakan untuk kegiatan program KIA di puskesmas yang berasal dari BOK dan JAMPERSAL dan sejauh mana pemanfaatan dana tersebut untuk pelaksanaan program KIA di puskesmas.